Dept
Univ. Exchange NOV 2
Lane Medical Library

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE — FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAVAIL FAIT A LA MATERNITÉ DE LAUSANNE — (DIRECTEUR : PROF. Dr ROSSIER).

Contribution à l'étude du Sang Rétroplacentaire et de la Syphilis

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WILLY ULRICH
MÉDECIN FÉDÉRAL

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1927

Contribution à l'étude du Sang Rétroplacentaire et de la Syphilis

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

La Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne, sans se prononcer sur les opinions du candidat et ensuite des rapports favorables de MM. les professeurs Rossier et Ramel autorise l'impression de la thèse intitulée : Contribution à l'étude du sang rétroplacentaire et de la syphilis, *présentée par M. Willy Ulrich, méd. féd., pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.*

Lausanne, le 18 décembre 1926.

Le Doyen :

Prof. Dr J. GONIN.

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE — FACULTÉ DE MÉDECINE

TRAVAIL FAIT A LA MATERNITÉ DE LAUSANNE — (DIRECTEUR : PROF. Dr ROSSIER).

Contribution à l'étude du Sang Rétroplacentaire et de la Syphilis

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WILLY ULRICH
MÉDECIN FÉDÉRAL

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1927

A MON MAITRE
LE PROFESSEUR Dr G. ROSSIER

A MES PARENTS

Contribution à l'étude du Sang Rétroplacentaire et de la Syphilis

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La fréquence de la syphilis au cours de ces dernières années a réclamé une lutte plus active pour la dépister d'où l'utilisation des réactions de Wassermann et de Vernes, réactions qui se font systématiquement dans de nombreuses Maternités depuis une dizaine d'années.

Lasseur et Vermelin estiment que le séro-diagnostic de la lues lors de l'accouchement a conquis définitivement droit de cité ; sa valeur pratique apparaît nettement comme considérable.

Au lieu de faire l'examen du sang prélevé par ponction veineuse, les Allemands, spécialement, imaginèrent d'examiner le sang rétroplacentaire recueilli au moment de l'accouchement.

Opitz fut le premier qui étudia le sang rétroplacentaire au point de vue de la réaction de Wassermann. Cependant les travaux de Pankow et de ses assistants Finkener et Neugarten démontrèrent l'utilité de ce nouvel examen dans un plus grand nombre de cas.

Enfin la publication de Klaften prouve les services rendus par l'emploi de cette méthode pour dépister la syphilis.

En 1923, Urech traita le sujet « Des rapports de la syphi-

lis et de la puerpéralité à la Maternité de Lausanne » ; il trouve 4, 25 °/₀ de syphilitiques sur 400 examens pratiqués chez des femmes âgées de 18 à 45 ans, période de la vie qui correspond aux cas de syphilis de beaucoup les plus nombreux. Cet auteur fait remarquer que les sérums sanguins obtenus par ponction veineuse, provenaient autant que possible de toutes les malades du service pendant un temps déterminé et lorsque le nombre des entrées a empêché d'agir ainsi, la réaction de Wassermann a été faite au moins chez toutes les malades suspectes d'infection spécifique. Il est donc vraisemblable que le pourcentage trouvé dans sa statistique est un peu plus élevé qu'il ne l'est en réalité.

Dès 1924, nous avons prélevé systématiquement, sans procéder à un choix particulier des malades, du sang rétroplacentaire et du sang du cordon chez chaque accouchée.

Nous avons recueilli du sang rétroplacentaire dans 1280 cas et du sang du cordon dans 1620 cas, sujet utilisé pour notre thèse (1).

1. Les réactions de Wassermann et de Vernes ont été effectuées dans la grande majorité des cas par le laboratoire du service de dermatologie et en partie par l'institut de chimie clinique.

A M. le Professeur Dind, puis M. le Professeur Ramel et à la direction de l'institut de chimie clinique, nous tenons à exprimer ici tous nos remerciements.

II

PRELÈVEMENT DU SANG RÉTROPLACENTAIRE

L'expulsion de l'enfant terminée, l'accoucheur prend le sang du cordon après sa section et surveille la période de délivrance ; à travers un linge stérilisé, placé sur l'abdomen de la parturiente, il étudie la forme, la consistance, la dimension et la hauteur de l'utérus.

Tant que l'utérus est globuleux et mou dans son segment supérieur, on s'abstient d'intervenir, le décollement placentaire n'est pas fait.

Quand le fond de l'utérus se présente sous l'aspect d'une crête, indiquant un aplatissement d'avant en arrière, le décollement placentaire est considéré comme achevé; on pratique alors pour l'expulsion du placenta la méthode de Lindfors, autrement dite du « piston » introduite à la Maternité par le professeur Rossier, et décrite dans son travail intitulé « Traitement de la période de délivrance ». Le placenta expulsé est saisi des deux mains ; on le fait tourner sur lui-même, formant ainsi une sorte de cordon avec les membranes et une poche contenant le sang rétroplacentaire partiellement liquide, partiellement coagulé.

Après avoir ouvert les membranes, on recueille le sang rétroplacentaire liquide dans un godet stérilisé, puis on le verse dans une éprouvette stérilisée. On peut aussi prélever le sang qui s'écoule directement de la vulve.

Le sang ainsi recueilli constitue-t-il un matériel sûrement utilisable ?

Quels sont les facteurs qui pourraient, éventuellement, influencer la séro-réaction du sang rétroplacentaire, soit chez l'individu sain, soit chez l'individu syphilitique ?

1° Une rupture hâtive de la poche des eaux avec pénétration dans l'œuf de la flore vaginale.

2° Une longue durée du travail avec état fébrile.

3° La présence dans le sang rétroplacentaire de :

a) liquide amniotique ;

b) sécrétions vaginales normales ;

c) sécrétions vaginales purulentes gonococciques ;

d) méconium ;

4° Enfin toute intervention obstétricale ;

a) Version ;

b) Extraction ;

c) Forceps ;

d) Délivrance artificielle ;

Pour juger de l'influence de chacun de ces facteurs, nous avons prélevé systématiquement dans les circonstances énumérées du sang rétroplacentaire, du sang obtenu par ponction veineuse et du sang du cordon chez 300 accouchées.

Les réactions (1) de Wassermann et de Vernes ont parfaitement concordé ; elles furent identiques pour le sang rétroplacentaire, le sang de la ponction veineuse et celui du cordon.

Il nous semble permis d'exclure toute influence des facteurs cités plus haut sur la séro-réaction pour un sang non luétique.

Klaften estime que la présence de mucus n'influence en rien la réaction de Wassermann, même quand le placenta a séjourné dans le vagin.

Pankow, ses assistants Finkener et Neugarten, ont eu une

1. Les réactions de Wassermann et de Vernes sont effectuées par le laboratoire du service de dermatologie 2 fois par semaine, le mardi et le vendredi.

réaction de Wassermann positive pour un sang rétroplacentaire normal dans 1,5-2 °/₀ des cas (2.000 cas examinés) ; les antécédents héréditaires ou personnels excluant la syphilis, de même des examens répétés du sang obtenu par ponction veineuse avec réaction de Wassermann toujours négative. Ils pensent à la présence dans le sang rétroplacentaire d'une substance non définie empêchant l'hémolyse ; cependant ils excluent toute influence du liquide amniotique et des sécrétions vaginales sur le résultat de la séro-réaction.

Pour notre part, cette erreur d'analyse pour un sang rétroplacentaire normal n'a jamais été constatée dans les 300 cas examinés systématiquement ; la ponction veineuse a été faite avant l'accouchement dans 120 cas, pendant l'accouchement dans 80 cas, les 3e, 5e, 8e jours après l'accouchement dans 100 cas.

Il est à noter que les réactions de Wassermann et de Vernes ont concordé pour les 3 examens sanguins chez 18 accouchées présentant une albuminurie gravidique et chez 2 éclamptiques.

Nous pouvons conclure que le sang rétroplacentaire normal possède les mêmes propriétés sérologiques que le sang obtenu par ponction veineuse ; autrement dit, ces deux sangs sont identiques, ce qui constitue une grande simplification pour le prélèvement et pour des examens systématiques.

III

LE SANG RÉTROPLACENTAIRE CHEZ LES SYPHILITIQUES

Etudions de suite nos 17 observations sur les 1.280 cas, soit le 1,32 °/₀ de syphilis.

A. — Diagnostic de syphilis reconnue par les antécédents avant l'accouchement (5 cas).

Observation n° 1. — Mme G. G..., âgée de 32 ans, primipare, dont le mari est soigné pour syphilis cérébrale, a présenté un ulcère spécifique du pharynx, découvert par le service oto-rhino-laryngologique de la policlinique universitaire.

L'accouchement a été spontané, l'enfant paraît sain et pèse 3.100 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa : (1) ++ ++ ++	Ve : 0,40
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,39
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : nul (2)

Observation n° 2. — Mme B. R..., âgée de 26 ans, primipare, est atteinte d'une roséole syphilitique au printemps 1925.

1. Nous utilisons les signes suivants : sang avec Wassermann positif : ++ ++ ++

Sang Wassermann faiblement positif : +++

Sang avec Wassermann douteux : — — +

Sang avec Wassermann négatif : — — —

2. Nous entendons par « nul » une analyse dont on ne peut tirer aucune conclusion.

A l'accouchement : rupture hâtive de la poche des eaux, fort écoulement vulvaire purulent (on n'a pas trouvé de gonocoque sur les frottis) enfant paraît sain et pèse 3.500 grammes.

Sang rétroplacentaire : Wa ## ## ## Ve : 0,23
Sang ponction veineuse : Wa ## ## ## Ve : 0,42
Sang du cordon : Wa + + + Ve : 0,02

Un mois, un mois et demi après l'accouchement ;

Sang ponction veineuse : Wa ## ## ## Ve : 0,31

Observation n° 3. — Mme J. V..., IVe pare, a eu en 1920 une roséole syphilitique. A l'examen, inégalité pupillaire, parésie de la pupille droite à la lumière et à l'accommodation.

I. Accouchement spontané, à terme, enfant en bonne santé.

II. Grossesse : fausse couche gémellaire à 4 mois 1/2.

III. Grossesse : fausse couche à 6 mois 1/2.

IV. Accouchement prématuré à 30 semaines, enfant macéré pesant 1.230 grammes ; l'examen anatomo-pathologique décèle une syphilis avec Levaditi +.

Sang rétroplacentaire : Wa ## ## ## Ve : 0,43
Sang ponction veineuse : Wa ## ## ## Ve : 0,46

Observation n° 4. — Mme G. S..., 34 ans, Xe pare, entre à la Maternité pour une pyélonéphrite à la 16e semaine de la 10e grossesse ; on constate au niveau du cou une lésion luétique : syphilome.

On fait une ponction veineuse : Wa ## ## ## Ve : 0,85

Après que la malade eut reçu 3 grammes de néosalvarsan, et 10 centimètres cubes d'Oléobi.

Nouvelle ponction veineuse : Wa ## ## ## Ve : 0,64

A l'examen du mari, on découvre des syphilomes multiples sur toute la surface du corps.

Ponction veineuse (mari) : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,54

La malade a eu un abortus de 3 mois 1/2, fébrile et 8 accouchements spontanés à terme, dont deux enfants de la 4e et 5e grossesse sont hérédo-luétiques avec réactions de Wassermann et de Vernes positives ; les autres enfants présentent des tares luétiques avec des réactions de Wassermann et de Vernes négatives.

G. S..., âgée de 10 ans, présente un crâne natiforme, front olympien, tubercules de Carabelli.

Ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,79

L. S..., âgée de 5 ans, sans manifestations hérédo-luétiques,

Ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,63

Le 10e accouchement fut fébrile, spontané, à 42 semaines ; l'enfant paraît sain, pèse 4.400 grammes.

Sang rétroplacentaire : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,42
Sang ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,39
Sang du cordon : Wa + + + Ve : 0,02

Observation n° 5. — Mlle M. R..., primipare, hérédo-luétique, n'ayant jamais présenté des manifestations syphilitiques, dont la mère est atteinte de syphilis cérébrale.

A la ponction veineuse pratiquée cinq jours avant l'accouchement : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,41.

L'accouchement a été spontané, l'enfant paraissant sain et pesant 3.610 grammes.

Sang rétroplacentaire : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,34
Sang ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,33
Sang du cordon : Wa — — — Ve : 0,00.

L'examen du placenta n'a décelé aucune altération spécifique.

Le traitement ayant été institué dès le résultat de la ponction veineuse obtenu, la parturiente reçut 0,90 de néosalvarsan avant l'accouchement. Le 3e jour du *post-partum*, on continua les injections de 914 ; on en injecte 0,45 à 8 h. 30.

A 12 heures, temp. 38°1, pouls 96.

A 16 heures, temp. 37°7, pouls 96.

A 20 heures, temp. 37°2, pouls 96.

Ce même jour, dans la soirée, apparition d'un érythème en macules, régulièrement disséminé sur tout le corps, accompagné de céphalées légères, sans vomissements ; la malade est parfaitement orientée.

Le lendemain matin, subitement, rougeur de la face qui devient vultueuse, congestionnée, les lèvres sont cyanosées, œdématiées ; agitation extrême, crises épileptiformes avec phases clonique et tonique assez suivies, avec désorientation et coma.

Le surlendemain, décès de la parturiente d'une apoplexie séreuse.

A l'autopsie, on constate une forte tension des méninges par une surabondance du liquide céphalo-rachidien, forte congestion et dilatation vasculaire des méninges et du tissu cérébral ; les circonvolutions sont étalées, élargies, le cerveau a une consistance pâteuse.

B. — **Diagnostic de syphilis de présomption** (2 cas).

Observation n° 6. — Mme R. A..., 42 ans IXe pare.

I et II. Accouchements spontanés à 7 mois, 2 enfants mort-nés.

III. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort à 5 mois.

IV. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

V. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort une heure après la naissance.

VI. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

VII. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort à 6 mois.

VIII. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

IX. Accouchement, placenta prævia partiel, version interne, abaissement d'un pied et extraction ; l'enfant paraît sain et pèse 3.580 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 1,09
Sang ponction veineuse (mère)	Wa ++ ++ ++	Ve : 1,13
Sang ponction veineuse (père)	Wa ++ ++ ++	Ve : 1,09
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : nul.

Observation n° 7. — M^me^ M. D..., 41 ans, XII^e^ pare.

I. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

II. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

III. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort à 9 mois d'une méningite.

IV. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort à 3 mois d'une entérite.

V. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

VI. Fausse couche de 3 mois 1/2.

VII. Accouchement, spontané, prématuré, 32^e^ semaine, enfant vivant.

VIII. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant.

IX. Fausse couche de 3 mois.

X. Fausse couche de 3 mois 1/2.

XI. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort à 5 semaines d'une entérite.

XII. Accouchement spontané, à terme, le placenta pèse 780 grammes.

L'enfant pesant 3.350 grammes présente un nez en lorgnette, une rhinite avec la muqueuse des fosses nasales et les bords

des narines fortement tuméfiés, érodés ; écoulement séro-sanguino-purulent, puis formation de croûtes jaunes brunâtres. Hypertrophie des ganglions épitrochléens et de la rate.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : **0,27.**
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : **0,31.**
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : **0,40.**

C. — Syphilis dépistée à l'accouchement par l'examen du sang rétroplacentaire (10 cas).

Observation n°. 8. — M^me^ J. P..., 28 ans, primipare.

Accouchement spontané, à terme, avec perte abondante de méconium; l'enfant pèse 3.000 grammes, présente du craniotabès, une hypertrophie du foie et de la rate. Dès le 2^e^ et 3^e^ jour, apparaît un coryza syphilitique avec élimination de mucus épais, séro-sanguino-purulent.

Au 7^e^ et 9^e^ jour, apparition d'une dermatite exfoliative débutant au pourtour de la bouche, se généralisant rapidement à tout le tégument et en dernier lieu aux extrémités ; la peau est rouge-pourpre et se desquame en larges lamelles sèches, parfois précédées de grosses bulles, température 37°,8 à 38°,6. Le bébé s'est parfaitement guéri à la suite du traitement au sulfarsénol.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : **0,03.**
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : **0,07.**
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : **0,32.**

Dans le *post-partum*, la mère reçoit 5 gr. 15 de néosalvarsan.

Deux mois et demi après l'accouchement :

Sang ponction veineuse :	Wa — — —	Ve : **0,00.**

Observation n° 9. — M^elle M. D..., 22 ans, primipare.

Accouchement spontané, à terme, enfant paraissant sain, pesant 3.080 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,47.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,00.
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,04.

Reçoit 5 gr. 25 de néosalvarsan dans le *post-partum*.

Deux mois après l'accouchement :

Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,18.

On continue le traitement.

Observation n° 10. — M^me B. G..., 22 ans, primipare.

L'accouchement est spontané à la 36°-37^e semaine ; le placenta pèse 750 grammes ; l'enfant, pesant 2.200 grammes, présente une hypertrophie du foie et de la rate.

Le 3^e jour, apparition d'une rhinite à écoulement séro-sanguino-purulent ; l'enfant prend un aspect d'athrepsique, à facies de vieillard et fait un ictère accompagné de diarrhée. Le 7^e jour, hémorragies sous-cutanées multiples sur tout le corps ; sclérème ; exitus le 10^e jour.

A l'examen anatomo-pathologique, on constate une hépatite interstitielle avec Levaditi. —

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,39.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,20.
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : nul.

La mère reçoit 3,15 de néosalvarsan dans le *post-partum*.

Un mois et demi après l'accouchement :

Sang ponction veineuse :	Wa + + +	Ve : 0,10.

On continue le traitement.

Observation n° 11. — Mme L. B..., 25 ans, primipare.

L'accouchement est spontané à la 38e semaine.

L'enfant paraît sain, pèse 2.969 grammes ; deux mois après la naissance, l'enfant présente un coryza syphilitique très marqué, des syphilides érythémato-papuleuses, du pemphigus et une hypertrophie de la rate.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,72.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,71.
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,03.

Traitée au néosalvarsan, la mère, deux mois et demi après l'accouchement, a encore une ponction veineuse avec :

Wa ++ ++ ++ Ve : 0,30.

On continue le traitement.

Observation n° 12. — Mme A. G..., 32 ans, IIe pare.

I. Accouchement, forceps, enfant paraît sain.

II. Accouchement, souffrance de l'enfant, élimination de méconium, forceps; enfant paraît sain, pèse 3.700 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,20.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,21.
Sang du cordon :	Wa — — —	Ve : 0,00.

La mère reçoit 2 grammes de néosalvarsan.

Un mois et demi après l'accouchement :

Sang ponction veineuse : Wa — — — Ve : pas fait.

Observation n° 13. — Mme H. B..., 29 ans, primipare.

Accouchement à terme, forceps pour souffrance de l'enfant, placenta pèse 760 grammes ; l'enfant pesant 3.800 grammes, paraît sain.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,13.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,23.
Sang du cordon	Wa — — —	Ve : 0,02.

En traitement chez son médecin.

Observation n° 14.— Mme E. R..., 23 ans, IIe pare.

I. Accouchement, spontané, à terme ; enfant bien portant.

II. Accouchement, spontané, à terme ; l'enfant paraît sain et pèse 3.610 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa + + +	Ve : 0,12.
Sang ponction veineuse :	Wa + + +	Ve : pas fait.
Sang du cordon :	Wa — — —	Ve : pas fait.

La mère reçoit 0,90 de néosalvarsan et ne revient pas.

Observation n° 15. — Mme L. C..., 28 ans, IIIe pare.

I. Accouchement, spontané, à terme, enfant mort à un an (cause inconnue).

II. Accouchement, spontané, à terme, enfant paraît sain.

III. Accouchement, spontané, à terme, enfant paraît sain pèse 3.780 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,08.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,12.
Sang du cordon :	Wa — — —	Ve : 0,01.

La mère reçoit en 25 jours 2 grammes de néosalvarsan.

Un mois après l'accouchement :

Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,10.

On continue le traitement.

Observation n° 16.— Mlle J. M..., 22 ans, primipare.

Accouchement spontané avec écoulement de méconium et pertes purulentes gonococciques (Gonocoques +), l'enfant paraît sain, pèse 3.180 grammes.

Sang rétroplacentaire :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,11.
Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++	Ve : 0,20.
Sang du cordon :	Wa — — —	Ve : 0,04.

La mère reçoit 3 gr. 20 de néosalvarsan.
Un mois et demi après l'accouchement :

Sang ponction veineuse : Wa + + + Ve : 0,04.

On continue le traitement.

Observation n° 17. — M^me C. C..., 19 ans, primipare.
L'accouchement se termine par un forceps pour souffrance de l'enfant ; celui-ci pèse 3.150 grammes et paraît sain.

Sang rétroplacentaire : Wa — — + Ve : 0,07.
Sang ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,43.
Sang du cordon : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,41.

La mère reçoit 3 grammes de néosalvarsan.
Deux mois après l'accouchement :

Sang ponction veineuse : Wa — + + Ve : 0,23.

D

Nous voulons mentionner encore ici, 4 cas de syphilis ayant eu une séro-réaction positive pour le sang obtenu par ponction veineuse à des accouchements antérieurs, et, traités par les sels arsenicaux.

Observation n° 18. — M^me A. D..., 29 ans, II^e pare.
A 17 ans, roséole et condylomes accuminés.
Un accouchement, spontané, à terme, enfant pesant 2.460 grammes et paraissant sain.

Sang ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,58
Sang du cordon : Wa — — — Ve : 0,03

Reçoit 4,0 de néosalvarsan.

Sang ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,30

Reçoit 2 gr. 5 de néosalvarsan et traitement au bismuth pendant la seconde grossesse.

II. Accouchement, spontané, à terme, enfant pesant 2.470 grammes en bonne santé.

Sang rétroplacentaire :	Wa — — —	Ve : 0,03
Sang ponction veineuse :	Wa — — —	Ve : 0,02
Sang du cordon :	Wa — — —	Ve : 0,03

Observation n° 19. — M^me^ L. L..., 33 ans, VI^e^ pare, bassin en entonnoir :

I. Accouchement, abortus de 3 semaines.

II. Accouchement, forceps à la 38^e^ semaine, procidence du cordon, enfant mort.

III. Accouchement, siège, enfant mort un jour après la naissance.

Sang ponction veineuse (mère) : Wa ++ ++ ++

IV. Accouchement spontané, à terme, enfant vivant, paraissant sain.

Sang ponction veineuse :	Wa ++ ++ ++
Sang du cordon :	Wa ++ ++ ++

La mère reçoit 2 gr. 85 de novarsol dans le service de vénérologie de la Policlinique universitaire et ne revient plus pour son traitement.

V. Accouchement, forceps ; enfant en bonne santé.

Sang ponction veineuse (mère) :	Wa — — —
Sang du cordon :	Wa — — —

IV. Accouchement, spontané, à terme, enfant vivant, mort une heure après l'accouchement ; il ne présentait aucune manifestation luétique.

Sang rétroplacentaire :	Wa — — —	Ve : 0,02
Sang ponction veineuse :	Wa — — —	Ve : 0,00
Sang du cordon :	Wa — — —	Ve : 0,08

Observation nº 20. — Mme E. D..., IVe pare.

I. Grossesse. *Abortus* de 21 semaines, Levaditi +.

Sang ponction veineuse : Wa — — + Ve : 0,08

Reçoit 0 gr. 3 de néosalvarsan à la Policlinique universitaire.

II et III. Accouchements spontanés, à terme, enfants en bonne santé.

IV. Accouchement spontané, à terme, enfant en bonne santé pesant 3.900 grammes.

Sang rétroplacentaire : Wa — — — Ve : pas fait
Sang ponction veineuse : Wa — — — Ve : pas fait
Sang du cordon : Wa — — — Ve : pas fait.

Observation nº 21. — Mme L. V..., IIIe pare, dont la mère a eu 6 abortus ; la parturiente présente des dents d'Hutchinson.

I. Grossesse, abortus incomplet de 12 semaines, curage.

Sang ponction veineuse : Wa ++ ++ ++ Ve : 0,40

Reçoit 3 gr. 5 de néosalvarsan.

II. Accouchement, spontané, enfant en bonne santé.

Sang ponction veineuse : Wa — — — Ve : 0,00
Sang du cordon : Wa — — — Ve : 0,00

III. Accouchement spontané, à terme, enfant en bonne santé, pesant 3.150 grammes.

Sang rétroplacentaire : Wa — — — Ve 0,01
Sang ponction veineuse : Wa — — — Ve : 0,03
Sang du cordon : Wa — — — Ve : 0,01

DISCUSSION

Nous avons donc recueilli 17 observations sur 1.280 présentant un sang rétroplacentaire avec réaction de Wassermann franchement positive, en concordance parfaite avec le sang de

la ponction veineuse ; aucune de ces malades n'était atteinte d'une des affections qui, en dehors de la syphilis, peuvent rendre cette réaction positive.

Saenger à Munich, sur 2.000 accouchées, obtient 172 cas dont le sang rétroplacentaire avait une séro-réaction positive, soit le 8,6 % ; ces réactions furent contrôlées dans le cours des couches par le sang de la ponction veineuse et furent toujours trouvées spécifiques.

Klaften, qui a examiné dans 2.000 cas le sang rétroplacentaire, dont 400 furent contrôlés par le sang de la ponction veineuse, déclare que le sang rétroplacentaire prélevé selon la technique décrite plus haut, possède les mêmes propriétés sérologiques que le sang obtenu par la ponction veineuse, autrement dit la séro-réaction, au point de vue de la syphilis, en est identique. Tout sang rétroplacentaire avec réaction de Wassermann positive a été contrôlé par des ponctions veineuses répétées tous les 2-3 jours dans le *post-partum* ; il n'y a jamais eu de discordance dans les résultats.

Pour notre part, ce contrôle a été appliqué dans la majorité des cas de syphilis dépistée grâce à l'examen du sang rétroplacentaire ; nous avons fait une première ponction veineuse le 1er ou 5e jour du *post-partum*, puis une deuxième ponction veineuse tantôt la veille du départ de la parturiente, tantôt un ou deux mois après l'accouchement ; la concordance a toujours été parfaite.

En excluant les observations dans lesquelles nous avions des antécédents syphilitiques et celles d'une syphilis de présomption, notre nouvel examen constitue une arme de première importance pour nous mettre sur la trace d'une syphilis méconnue ou parfois même volontairement cachée.

Dix cas sur 17 n'ont présenté aucun symptôme clinique faisant penser à la syphilis.

Bertin prétend que la grossesse serait un des facteurs

les plus fréquents et les plus actifs pour la réactivation de l'infection spécifique.

Le Lorier décèle 60 syphilis méconnues sur 100 femmes syphilitiques enceintes, d'où la nécessité de la recherche systématique de la réaction de Wassermann soit pendant la grossesse, soit à l'accouchement chez chaque parturiente.

L'utilité de cette recherche est de reconnaître à temps la maladie, d'éviter la formation de maladies métasyphilitiques. L'accoucheur est le mieux placé et a toutes les facilités de prélever systématiquement le sang rétroplacentaire, chez chaque accouchée, dans un grand nombre de cas, et dans les conditions les plus désirées puisque la réaction de Wassermann sub partu serait plus facilement positive.

I. DE LA SYMPTOMATOLOGIE CHEZ LA SYPHILITIQUE.

A. — De la syphilis acquise reconnue.

Les observations 1 à 5 présentent une symptomatologie classique de la syphilis.

Il est à noter que la syphilis secondaire ou roséole manque souvent chez les femmes enceintes, d'où l'avantage de prélever systématiquement du sang rétroplacentaire.

B. — De la syphilis de présomption.

Dans les observations 6 et 7, nous constatons une prédominance du symptôme Abortus ou Polyléthalité infantile. La mère présente une succession régulière ou irrégulière de fausses couches avec fœtus macéré, puis accouchement prématuré d'un enfant débile pour en arriver enfin à l'enfant sain, en apparence tout au moins.

Couvelaire déclare que dans les trois quarts des cas, en l'absence de toute manifestation pathologique maternelle, c'était seulement par l'évolution des gestations antérieures, par les constatations au niveau de l'œuf de signes révélateurs (placenta volumineux, un quart du poids de l'enfant au lieu du sixième, épaississement des membranes et des cotylédons, enfin lésions endo et périvasculaires) ou signes suspects et

après coup, par la réaction de Wassermann qu'une syphilis insoupçonnée, ou inavouée, était mise en évidence.

« C'est la syphilis de l'œuf qui révèle à l'accoucheur la syphilis des procréateurs. »

Nous pouvons dire qu'il est d'une grande utilité de prélever du sang rétroplacentaire dans les accouchements prématurés répétés; bien souvent, l'on pourra ainsi dépister la maladie provocatrice des fausses couches.

C. — De la syphilis dépistée à l'accouchement par l'examen du sang rétroplacentaire.

Ici, seul un examen systématique du sang rétroplacentaire a dépisté la syphilis.

Pankow note que le tiers seulement des accouchées syphilitiques dépistées à l'accouchement ont présenté des manifestations cliniques ou des symptômes cliniques alors que les deux tiers sont des syphilis cachées ou ignorées sans manifestation.

II. — DE LA SYMPTOMATOLOGIE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ LUÉTIQUE

Sur nos seize cas, tout nourrisson présentant des manifestations ou symptôme quelconque d'hérédo-syphilis avait un sang du cordon avec réaction de Wassermann franchement positive.

Quels sont les symptômes que nous avons rencontrés ?

Le plus fréquent est le coryza syphilitique ; au deuxième jour apparaît d'abord un écoulement séreux, puis séro-purulent, enfin séro-sanguinolent qui se fait par les deux narines ; il gêne la respiration de l'enfant qui devient bruyante

et il peut mettre obstacle à l'allaitement en empêchant la respiration nasale.

Par la persistance de l'écoulement, il se forme bientôt au pourtour des narines, dans les sillons naso-labiaux et au pourtour des lèvres des surfaces irritées, rose-vif, fissuraires enfin croûteuses.

Ces lésions ont une durée variable, longue sans traitement tandis qu'elles disparaissent rapidement avec l'emploi des sels arsenicaux.

Nicolas considère ce liquide du coryza syphilitique comme très contagieux, pouvant entrainer des lésions nécrotiques de la cloison du nez pour aboutir à l'effondrement du nez, déformation appelée « le nez en lorgnette ».

Citons encore, comme autre symptôme, celui d'hypertrophie du foie et de la rate.

Le seul décès constaté fut celui d'un nourrisson présentant tous les symptômes cachectiques de l'athrepsique ; facies athrepsique, rabougri, non développé, visage profondément ridé, développement exagéré des veines épicraniennes, teint terreux et grisâtre, aspect d'un petit vieillard aux mouvements lents.

Selon les auteurs, aucune maladie autre que la syphilis héréditaire n'a une symptomatologie plus complexe.

Pour baser son diagnostic, il faut tenir compte :

1° de toutes les malformations congénitales ;

2° de l'histoire clinique : tout état pathologique persistant dont la cause est restée ignorée, est un indice de syphilis héréditaire ;

3° enquête familiale.

Autrement dit, la syphilis héréditaire prend souvent le masque d'une autre maladie.

Nous devons remarquer que la majorité des nouveau-nés luétiques n'offre aucun symptôme syphilitique ; cependant 10 sur 16 avaient une séro-réaction positive dont 4 présen-

taient en plus un ou plusieurs symptômes d'infection spécifique. Il nous reste donc 6 nouveau-nés ayant une séroréaction négative alors que la mère avait une réaction de Wasserman positive à plusieurs examens.

Malgré la réaction négative, ces 6 nourrissons sont considérés comme des syphilitiques et sont soignés comme tels.

Donc, nous pouvons dire que l'absence de signes spécifiques, de stigmates, même de tout état pathologique ne démontre en rien l'absence de la syphilis héréditaire ; il s'agit probablement de formes atténuées, de cas appelés crypto-syphilis selon l'expression de Leredde.

Dunès dit : on ne peut, chez le nourrisson, se baser sur la réaction de Wassermann, signe très infidèle et qui ne marche nullement de pair avec la gravité ou l'importance des symptômes cliniques ; il est banal de voir des rechutes avec une réaction positive, avec un bon état de santé apparente.

Pankow pense que les nouveau-nés prématurés syphilitiques auraient moins souvent une réaction de Wassermann positive que l'enfant né à terme ; leur organisme n'a pas eu le temps de se défendre, d'où fabrication minime ou nulle d'anticorps.

Pour notre part, nous avons constaté que sur 10 nouveau-nés présentant une réaction de Wassermann positive, 8 avaient un poids de 3.000 grammes et au-dessus, 2 seulement étaient des prématurés pesant 2.200 grammes et 2.969 grammes, alors que les 6 autres avec réaction de Wassermann négative avaient un poids bien supérieur à 3.000 grammes.

Donc le diagnostic de la syphilis héréditaire ne dépend nullement d'une réaction de Wassermann positive ou négative, seule une observation sérieuse de l'enfant permettra la confirmation ou l'exclusion de la syphilis.

Enfin, la syphilis de l'enfance et celle du nourrisson, tout particulièrement, ne s'accompagnent que très rarement de signes spécifiques.

V.

DU TRAITEMENT

I. — Chez la mère

Dès que la syphilis est dépistée à l'accouchement, nous instituons dans le *post-partum* un traitement au Néosalvarsan, 0,15 pour débuter avec un intervalle de deux jours pour les petites doses allant de 0,30 à 0,45, puis de fortes doses 0,60 à 0,75 avec un intervalle de six à sept jours; selon le résultat ultérieur des réactions de Wassermann et tout spécialement de Vernes, on cesse le traitement ou on l'intensifie.

Pour assurer la précocité et la continuité du traitement, il ne faut pas des dispensaires spécialisés, mais plutôt des consultations spéciales annexées aux Maternités.

Les accouchées syphilitiques reviennent plus facilement et poursuivent plus consciencieusement leur traitement dans ces consultations, vu que les femmes mariées, tout spécialement, redoutent le dispensaire antivénérien.

Comme les consultations pour femmes enceintes et accouchées ont lieu 3 fois par semaine à la Maternité, il est facile de convoquer les mères syphilitiques, de les traiter à fond et éventuellement dès le début d'une grossesse.

Chacune des syphilitiques a une fiche spéciale indiquant l'histoire clinique et le traitement institué ; il est ainsi possible de suivre les phases de l'infection et de rappeler à temps, à celles de nos clientes qui seraient tentées de l'oublier, qu'elles

sont malades et doivent revenir à la consultation. Chaque semaine, un assistant relève dans le fichier les noms des clientes ayant omis de se présenter aux consultations, et, il les convoque par correspondance.

C'est pourquoi, la Maternité joue un rôle important comme centre de diagnostic dans la lutte contre la syphilis et finalement dans l'hérédo-syphilis en faisant la recherche systématique des réactions de Wassermann et de Vernes chez chaque accouchée. Cependant, il est nécessaire d'avoir une liaison très étroite avec le service de vénérologie pour l'appréciation de cas douteux, ou de toute complication du traitement.

Couvelaire dit: Il faut assurer l'intégralité du traitement familial en tenant compte d'un fait qui, pour être d'ordre sentimental, n'en est pas moins important; c'est la répugnance de la plupart des jeunes mères d'aller se faire soigner dans les services ou hôpitaux spécialisés.

Nous pouvons et nous devons utiliser le lien moral qui s'établit si heureusement entre les mères et nos Maternités.

II. — Chez le nouveau-né syphilitique

Dès le 2e ou 3e jour après la naissance, on institue un traitement au Sulfarsénol (1) (sel sodique de l'éther sulfureux acide du méthylolamino-arséno-phénol); les doses pour un nourrisson de 3.000 grammes sont: une première injection de 0,005, intervalle un jour; deuxième injection de 0,01 puis en maintenant un intervalle de deux jours, on répète trois fois la dose 0,01, trois fois 0,02 et trois fois 0,03. La conférence de la syphilis héréditaire à Paris a établi la dose minimale de un tiers de centigramme par kilogramme

1. Sulfarsénol du Dr Lehnhoff-Wyld, laboratoire de biochimie médicale. R. Pluchon, Paris.

chez le nourrisson à la naissance pour atteindre la dose maximale d'un centigramme et demi par kilogramme dans la première enfance.

La poudre en dissolution dans de l'eau cuite est injectée sous la peau dans la région thoracique, le traumatisme endothélial, le choc nerveux de l'injection intraveineuse est ainsi écarté et le remède, absorbé plus lentement, a le temps de subir ou de provoquer l'adaptation physiologique avant de pénétrer dans le courant sanguin.

La quantité pour une première série d'injections est 0,20 de Sulfarsénol ; après une période de repos de trois semaines, on reprend la deuxième série d'injections à raison de 8 doses ; cependant il ne faut pas oublier que l'enfant augmente de poids, d'où l'obligation d'augmenter la dose.

Nous avons soumis à ce traitement tous les nouveau-nés hérédo-syphilitiques, de même le nourrisson indemne de manifestations spécifiques avec séro-réaction négative, cependant issu de parents syphilitiques.

Après chaque injection, nous avons mesuré la température rectale, suivi tout particulièrement la courbe du poids pour dépister des troubles digestifs éventuels ; nous n'avons jamais constaté le moindre trouble de l'organisme.

Aucune crise nitritoïde n'a été observée ; le médicament a toujours été bien toléré.

Petges ne pense pas que « le traitement arsénical de l'hérédo-syphilis puisse être administré dans la pratique courante par la voie intraveineuse qui ne peut être chez l'enfant et le nourrisson qu'une voie d'exception ; le praticien et le médecin général seront naturellement conduits à préférer la voie sous-cutanée, si simple, si efficace, si sûre chez l'enfant. »

Leredde dit : « la plupart des hérédo-syphilitiques supportent bien les sels arsénicaux ; ceux-ci sont admirablement tolérés par les enfants jeunes chez lesquels ils constituent

une méthode de choix par leur efficacité et leur innocuité.

Ce doit être une thérapeutique progressive ; il importe de noter après chaque injection, les accidents qui surviennent, de manière à n'élever les doses que si la route est libre. »

Cependant il faut avouer que le traitement de la syphilis héréditaire devrait être surtout et même devrait être uniquement prophylactique, c'est-à-dire traitement pendant la grossesse.

VI

DE L'UTILITÉ DU TRAITEMENT CHEZ LA FEMME ENCEINTE SYPHILITIQUE

Pour persuader le lecteur de la grande importance d'un traitement efficace, il suffit de relater les résultats obtenus dans les Maternités étrangères, nos chiffres étant minimes jusqu'à aujourd'hui.

Le Lorier cite que sur 41 femmes syphilitiques traitées à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, 40 ont mené leurs grossesses à terme et les enfants sont nés sans stigmates syphilitiques, alors que les grossesses antérieures se terminaient souvent par des avortements.

Ehlers au Danemark abaisse la mortalité de l'hérédo-syphilitique par traitement de la mère pendant la grossesse de 32 °/₀ à 20 °/₀.

Laurent à la Maternité de Saint-Étienne constate que 66 femmes syphilitiques avant le traitement avaient eu :

27 enfants vivants.
8 enfants débiles.
41 mort-nés.
23 macérés.
44 abortus.

donc 75 °/₀ de mortalité.

Par comparaison, après un traitement au Néosalvarsan, ces 66 femmes accouchèrent de :

70 enfants vivants.
et seulement 4 mort-nés.

donc 12 °/₀ de mortalité.

Findlay a traité 50 femmes au Néosalvarsan ; toutes, sauf trois, accouchèrent d'enfants vivants, ne présentant aucun signe de spécificité ; puis 15 autres femmes traitées au Néosalvarsan eurent 14 enfants en bonne santé, surveillés et reconnus sains jusqu'à l'âge de 7 ans.

Jersild à Copenhague traita 88 femmes syphilitiques pendant 100 grossesses ; elles accouchèrent de 94 enfants dont 87 enfants sains, observés au moins pendant six mois, cliniquement et sérologiquement, 7 enfants morts au cours des premiers mois et il y eut 6 avortements et enfants mort-nés.

Jénesburg de la clinique infantile de l'Hôpital Saint-Thomas à Londres constate chez 77 femmes luétiques non soignées qui ont eu 322 grossesses :

97 abortus ou enfants nés morts, 30 °/₀.
73 enfants morts la première année, 22, 8 °/₀.
152 enfants vivants, 47 °/₀.

Puis chez 43 mères luétiques soignées qui ont eu 53 grossesses :

1 abortus, 1, 9 °/₀
6 enfants morts la première année, 11 °/₀.
46 enfants vivants, 87 °/₀.

Finkener et Neugarten accouchèrent 10 femmes traitées dans la période secondaire ; il y eut :

60 °/₀ enfants sains cliniquement.
40 °/₀ enfants infectés ou morts.

Sur 30 femmes en syphilis latente traitée :

67 °/₀ enfants sains cliniquement.
33 °/₀ enfants infectés ou morts.

Pour terminer, citons Leredde, qui constate chez 90 femmes syphilitiques ayant eu 219 grossesses :

53 enfants morts à terme ou avant terme.
60 enfants nés vivants sont morts.
56 enfants nés vivants sont morts en bas âge (méningite, convulsions)
50 enfants restant vivants en bonne santé.

L'action du spirochète sur la descendance est la même à la seconde génération ; c'est-à-dire que les futures mères ne seront pas à l'abri d'un abortus ou d'un accouchement prématuré.

47 femmes atteintes de syphilis héréditaire avec une réaction de Wassermann positive eurent 146 grossesses :

36 Abortus.
35 enfants morts.
75 enfants vivants, soit le 54 °/₀.

La mortalité chez les enfants nés de femmes traitées par le mercure au cours de la grossesse atteint 82,9 °/₀, et elle tombe à 13,14 °/₀ et même 6,7 °/₀ lorsque la mère a été traitée par les arsénobenzènes.

VII

CONCLUSIONS

1. En général, si l'on pense dépister la syphilis par une anamnèse sérieuse, par des constatations cliniques et par un examen du sang dans les cas douteux seulement, nombreux seront les syphilitiques qui nous échapperont.

2. Une méthode qui nous donnera toutes les garanties pour déceler la syphilis est la recherche systématique des réactions de Wassermann et de Vernes chez toutes les accouchées.

3. Comme matériel d'examen, on peut prélever, avec plein succès, le sang rétroplacentaire à chaque accouchement, ses propriétés sérologiques étant identiques à celles du sang obtenu par la ponction veineuse.

4. L'examen systématique du sang rétroplacentaire s'est montré un moyen très efficace pour déceler la syphilis latente ; son utilité est grande dans la lutte contre la syphilis.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bertin (E). — Syphilis latente et grossesse (*Presse médicale*, 3 mars 1926).

Bergeron. — Réaction de Wassermann et de Vernes (*Pr. méd.*, 16 juin 1925).

Boas Harald et Gammeltoft. — Comment se comporte la réaction de Wassermann au moment de l'accouchement ? Faut-il se servir du sang rétroplacentaire ? (*Pr. méd.*, 31 juillet 1926).

Boas Harald, Gammeltoft et Karen Siek. — Comment se comporte la réaction de Wassermann au moment de l'accouchement ? Valeur des réactions dans le sang veineux ? (*Pr. méd.*, 31 juillet 1926).

Bory (M.). — A propos des syphilis occultes de la femme, la notion des porteuses de germes. (*Pr. méd.*, 15 avril 1925).

Burger Karl et Heiner Ludwig. — Die Bewertung der Wassermannschen und Sachs-Georgischen Reaktion in der Geburtshilfe. (*Zentralbl für Gynäkol.* Jg. 48, n° 12, 1924).

Conférence de la syphilis héréditaire. — Paris 5-7 octobre 1925. (*Pr. méd.*, 14, 17 et 21 octobre 1925).

Couvelaire. — Création d'un dispensaire antisyphilitique annexé à la Maternité de Baudelocque. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1921).

Couvelaire. — Fonctionnement du dispensaire antisyphilitique de la clinique de Baudelocque. (*Bull. soc. obst. et gynécol.*, 1923).

Dayras (Y). — La transmission de la syphilis héréditaire, sa prophylaxie individuelle et sociale. (*Pr. méd.*, 23 septembre 1925).

Engelman. — Ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe. (*Zentralbl. für Gyn. und Geburtshilfe*, n° 3, 1909).

Ehlers. — Lutte contre la syphilis héréditaire au Danemark (*Pr. méd.*, 21 octobre 1925).

Findlay. — Prophylaxie prénatale de l'hérédo-syphilis (*Pr. méd.*, 21 octobre 1925).

Finkener (E) et Neugarten (L). — Uber die Wassermannsche Reaktion unter der Geburt und ihre Bedeutung zur Erkennung der Syphilis bei Müttern und Neugeborenen. (*Archiv. für Gynäkologie*, 1er juli. 1924).

Gougerot. — De la séro-réaction. (Le traité. *La Syphilis en clientèle*).

Hadorn (L.) et Georgi (F.). — Die Zuverlässigkeit der Serodiagnostik der Lues in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett, (*Zentralbl. für Gynäkol.*, Jg. 47, n° 23, 1923).

Hohn (J) et Gummert (L.). — Eignet sich das Retroplacentarblut zur Serodiagnostik der Syphilis. (*Berichte für Gynäkologie und Geburtshilfe Bd.*, II, 1924).

Jersild. — Traitement des femmes enceintes par le Novarsénobenzol. (*Pr. méd.*, 21 octobre 1925).

Klaften (E). — Die Methodik des Syphilisnachweises an Gebäranstalten. (*Archiv. für Gynäkologie*, 15 dezember 1924.

Klee Franz et Hofmann (E. D.). — Uber die Verwendbarkeit des Retroplacentar — und Nabelxenenblutes zur Syphilis Diagnose. (*Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, Bd. 62, H 1/2 1923).

Lasseur (Ph) et Vermelin (H.). — Séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte ou récemment accouchée. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1923).

Laurent (Ch). — Quatre années de lutte antisyphilitique dans une Maternité (*Pr. méd.*, 21 octobre 1925).

Leredde. — Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire (*Pr. méd.*, n° 27, 1923).

Leredde. — La syphilis héréditaire et la famille syphilitique. (Édition Maloine, 1925).

Le Lorier et Galliot. — Fonctionnement du dispensaire antisyphilitique de la Maternité de Boucicaut. (*Pr. méd.*, 24 janvier 1925).

Le Lorier et Galliot. — Dépistage obstétrical des crypto-syphilis à la Maternité de Boucicaut. (*Pr. méd.*, 17 octobre 1925).

Marfan. — Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et des nourrissons. (*Pr. méd.*, nos 33 et 34 1923).

Nicolas. — La Syphilis. (*Nouveau traité de Médecine.* Roger, Vidal et Tessier, fascicule IV).

Opitz. — Uber die Bedeutung der Wassermannschen Luesreaktion im Blute von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen. (*Zentralbl. für Gynäkol.*, 1921).

Pankow. Ergebnisse 10 jähriger Luesuntersuchungen bei Müttern und Kind unter der Geburt und im Wochenbett. (*Archiv. für Gynäkol.* Bd. 120, 1923).

Pinard. — Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance. (*Pr. méd.*, 21 octobre 1925).

Philipp (E.). — Spirochäten Infektion der Weiblichen Genitalien im Wochenbett. (*Archiv. für Gynäkologie*, Dezember 1924).

Rossier (G). — Traitement de la période de délivrance. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, no 1, 1924).

Saenger. — Serologische Untersuchungen über die Erkennung und Häufigkeit der Syphilis bei Gebärenden. (*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkol.*, no 46, 1924).

Urech. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la puerpéralité. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, no 4, 1924).

Vernes. — Réaction de Wassermann et de Vernes. (*Pr. méd.*, no 58, 1925).

MAYENNE, IMPRIMERIE FLOCH. — 15-2-1927.